

compensarea volumului hemoragic. S-a observat că 71,7% din cazurile de deces al pacienților cu AVC ischemic revin pacienților cu vârsta de 61 – 80 de ani.

Studiul maladiilor asociate și al factorilor de risc pentru AVC a arătat că pe prim-plan se situează HTA, prezentă la 85,3 % din pacienți, cardiopatii – 31,6 %, apoi urmează fibrilația atrială-19,8%, obezitatea – 18,4%, diabetul zaharat – 18,3 %, tabagismul – 16,3 %, consumul excesiv de alcool – 10,9 % și alți factori de risc.

Pacienții s-au aflat în staționar în medie ( $M \pm SD$ )  $9,3 \pm 5,7$  zile (media 9 zile). Pacienții cu AVC ischemic au fost spitalizați în medie ( $M \pm SD$ ) –  $9,1 \pm 5$  zile, iar pacienții cu AVC hemoragic –  $9,8 \pm 7,9$  zile, inclusiv hemoragia subarahnoidiană spontană –  $14,12 \pm 12$  zile. Durata de spitalizare a pacienților decedați a constituit  $5,9 \pm 5,5$  zile.

### Concluzii

Numărul bolnavilor cu AVC este considerabil, în ultimii ani fiind în creștere. Se impun măsuri de educație sanitară a populației și o colaborare strânsă a serviciului de asistență medicală de urgență cu cel spitalicesc, pentru recunoașterea și direcționarea urgentă a pacienților cu AVC în unități specializate. Pacienții necesită supraveghere și tratament în unitățile pentru accidente vasculare cerebrale, unde există serviciu de neuroimagnostică și posibilitatea de aplicare a noilor strategii terapeutice. Măsurile de reabilitare precoce se impun a fi aplicate din prima zi de spitalizare, în concordanță cu starea generală a pacientului și severitatea deficitului neurologic.

### Bibliografie selectivă

1. Adams H.P. Jr., del Zoppo G., Alberts M.J., Bhatt D.L., Brass L., Furlan A., Grubb R.L., Higashida R.T., Jauch E.C., Kidwell C., Lyden P.D., Morgenstern L.B., Qureshi A.I., Rosenwasser R.H., Scott P.A., Wijdicks E.F.M., *Guidelines for the early management of adults with ischemic stroke: a guideline from the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council, Clinical Cardiology Council, Cardiovascular Radiology and Intervention Council, and the Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease and Quality of Care Outcomes in Research Interdisciplinary Working Groups*// Stroke, 2007;38:1655–1711.
2. Diringer M.N., Edwards D.F., *Admission to a neurologic/neurosurgical intensive care unit is associated with reduced mortality rate after intracerebral hemorrhage*// Crit Care Med. 2001;29:635– 640.
3. Goldstein L.B., Simel D.L., *Is this patient having a stroke?*// JAMA, 2005; 293:2391–2402.

### Rezumat

Studiul a fost elaborat în baza unei analize statistice a 1435 de fișe medicale ale pacienților din Secția boli cerebrovasculare. S-au evaluat vârsta, genul, tipul AVC, factorii de risc și incidența complicațiilor majore. Rezultatele obținute demonstrează necesitatea îmbunătățirii etapei de prespital pentru o recunoaștere timpurie și o spitalizare precoce în unități medicale specializate.

### Summary

This article is based on statistical analysis of 1435 medical records from stroke unit. Such patients' data as age, gender, stroke subtype, risk factors, and incidents of major medical complications was evaluated. Obtained results suggest necessity of improving of prehospital medical service for early stroke revealing and quick admissions in specialized stroke wards.

## UNELE ASPECTE ALE TRATAMENTULUI CHIRURGICAL AL PACIENȚILOR CU FRACTURI ÎNCHISE ALE MEMBRELOR

**Vasile Pascari**, dr. în medicină, conf. univ., USMF "Nicolae Testemițanu"

Ortopedia și traumatologia permanent se îmbogățesc cu date noi, concepții și metode de tratament, scopul principal fiind obținerea consolidării primare a fracturii, reabilitarea funcțională precoce, astfel reducându-se termenul incapacității de muncă, complicațiile hipostatice (pneumonie ș.a.).

Rezultatul funcțional prin cel anatomic este formula principală a ortopediei și traumatologiei contemporane în tratamentul fracturilor.

Tratamentul ortopedic al fracturilor membrelor, caracteristic pentru anii 1960-1980, în prezent este tot mai puțin folosit de specialiștii în domeniu (ortopezi – traumatologi) în complexul de tratament al traumatizațiilor, mai frecvent utilizându-se metodele chirurgicale.

**Materiale și metode.** A fost realizat un studiu statistic a 310 pacienți tratați în clinica №1 Ortopedie și Traumatologie a CNȘPMU mun. Chișinău în perioada 1997-2002 în scopul evaluării bolnavilor cu fracturi închise ale membrelor la etapele Departamentului medicină de urgență și spitalicească și stabilirii posibilității unui tratament chirurgical precoce. Toți pacienții au fost investigați clinic și în condiții de laborator de către echipa medicilor de gardă, care au determinat starea generală a lor, caracterul focarului de fractură (imagistica) și posibilitățile unei intervenții chirurgicale precoce. Lotul era constituit din 191 de bărbați și 119 femei.

*Tabelul 1*

**Distribuția bolnavilor după vârstă**

<i>Vârsta</i>	<i>Bărbați Abs %</i>	<i>Femei Abs. %</i>	<i>În total Abs. %</i>
• 20-30 de ani	67 - 21,6 %	29 - 9,4%	96 - 31%
• 31-50 de ani	76 - 24,5%	35 - 11,3%	111 - 35,8%
• Peste 51 de ani	48 - 15,5%	55 - 17,7%	103 - 33,2%
	191 - 61,6%	119- 38,4%	310 - 100%

Din tabelul de mai sus se observă că majoritatea traumatizațiilor (207-66,8%) au vârstă până la 50 de ani, cei mai mulți fiind bărbați - 191(61,6%). În structura traumatismelor membrelor predomină traumatismul rutier, care, după investigațiile noastre, constituie 72,2% din numărul total de cazuri. Bolnavii au fost transportați de la locul accidentării la DMU al CNȘPMU mun. Chișinău; cu ambulanța – 61(19,68%), restul cu transport de ocazie - 30(9,68%) ori s-au adresat de sine stătător – 219(70,65%), fiind internați în clinica Ortopedie și Traumatologie, peste 2,7 ore după traumatism.

*Tabelul 2*

**Numărul și distribuția fracturilor după localizare**

<i>Nr.</i>	<i>Localizarea fracturii</i>	<i>Numărul cazurilor(abs.)</i>	<i>Numărul cazurilor(%)</i>
1.	Fractura femurului	69	22,25
	• Fracturi mediale de col femural	9	2,9
	• Fracturi trohanteriene	7	2,25
2.	• Fractura gambei	106	34,2
3.	• Fractura humerusului	57	18,4
4.	• Fractura oaselor antebrăț	18	5,8
5.	• Fractura claviculei	19	6,1
6.	• Fractura pateleii	11	3,5
7.	• Alte fracturi	14	4,5
	<i>În total</i>	310	100

În structura traumatismelor membrelor, după cum este indicat în *tabelul 2*, predomină traumatismele membrelor pelvine –202(65,2%). Fracturile închise ale membrelor toracice au fost monitorizate la 94 de pacienți, constituind 34,8% din numărul total de cazuri. Luând în considerație starea generală a pacientului, indicii hemodinamici, indicele Algover, numai 68(22%) din numărul total de bolnavi au necesitat o pregătire preoperatorie specială în salonul de terapie intensivă, termenul intervenției chirurgicale de urgență argumentat fiind amânat până la ameliorarea stării generale a accidentatului.

Tabelul 3

**Distribuirea bolnavilor cu fracturi ale membrelor care au necesitat tratament în salonul de terapie intensivă**

<i>Nr.</i>	<i>Localizarea</i>	<i>Abs.</i>	<i>%</i>
1.	Fractura femurului: prox. med. dist.	2 18 2	2,94 26,47 2,94 32,35
2.	Fractura trohanteriană	7	10,29
3.	Fractura brațului: prox. med. dist.	8 6 5	11,76 8,82 7,35 27,93
4.	Fractura gambei: prox. med. dist.	3 5 1	4,41 7,35 1,47 13,23
	Fractura colului femural	9	13,23
	Alte fracturi	2	2,94
	<b>În total</b>	<b>68</b>	

După o pregătire preoperatorie cu corectarea acceptabilă a parametrilor hemodinamici și biochimici, bolnavii au fost supuși intervențiilor chirurgicale amânate, care s-au efectuat sub anestezie:

- Fractura femurului – anestezie generală.
- Fracturi ale antebrăului și gambei – anestezie trunculară.
- Fractura humerusului – anestezie combinată (trunculară și premedicare)

Tabelul 4

**Denumirea intervențiilor chirurgicale**

<i>Nr.</i>	<i>Denumirea intervențiilor chirurgicale</i>	<i>Num. Abs.</i>	<i>%</i>
1.	Osteosinteză cu plăci metalice	95	30,64
2.	Osteosinteză cu șuruburi	49	15,8
3.	Osteosinteză centrumedulară	27	8,7
4.	Osteosinteză extrafocară cu ap. Ilizarov (tijat)	60	19,35
5.	Osteosinteză combinată (ost.centrumedulară+ap. tijat extern)	18	5,8
6.	Osteosinteză cu broșe	37	11,93
7.	Osteosinteză după Miuler	8	2,58
8.	Artroplastie de șold	10	3,22
9.	Alte metode de osteosinteză	6	1,93
	<b>În total</b>	<b>310</b>	<b>100</b>

De menționat faptul că gama metodelor de osteosinteză în fracturile închise ale membrelor este variată. Mai frecvent au fost folosite aparatele de fixare externă, plăcile metalice ș.a. În literatura de specialitate, metodă preferată de sinteză a fragmentelor oaselor tubulare lungi este considerată osteosinteza centrumedulară închisă, cu blocarea tijei metalice, fără alizajul canalului medular, mulți autori preferând osteosinteza cu plăci metalice înșurubate, plăcile metalice cu contact limitat fiind mai puțin traumatice.

**Rezultate.** Au fost analizate la internarea repetată în clinică pentru ablația construcțiilor metalice 14 cazuri cu fracturi închise ale membrelor supuse intervențiilor chirurgicale de urgență, 12 bolnavi fiind asistați chirurgical în primele 12 ore și 2 bolnavi până la 24 ore cu următoarele tipuri de fracturi:

- Fractura pateleii – 4.
- Fractura claviculei – 3.

- Fractura condilului lateral al tibiei – 5.
- Fractura oaselor antebrăului – 2.

Complicații precoce n-au fost înregistrate, complicații tardive au fost monitorizate la 2 bolnavi, manifestate prin artralгии, reducerea volumului de mișcări în articulația genunchiului cu limitare funcțională a segmentului traumatizat. Rezultate bune au fost monitorizate la 12 (85%) bolnavi, satisfăcătoare – 1 și nesatisfăcătoare – 1

### Concluzii

1. Fracturile închise ale membrelor sunt o urgență, care, în majoritatea cazurilor, necesită o osteosinteză funcțional stabilă precoce (primele 72 de ore).

2. Bolnavii necesită a fi examinați la etapa spitalicească a Departamentului de urgență după un algoritm bine determinat de investigații clinice și paraclinice.

3. În perioada preoperatorie minuțios se vor determina indicațiile și contraindicațiile către diferite metode de osteosinteză funcțional stabilă, în funcție de caracterul și localizarea fracturii.

4. Osteosinteza funcțional stabilă precoce va permite micșorarea complicațiilor hipostatice, timpul aflării pacientului în staționar, ceea ce inevitabil va duce la o reabilitare postoperatorie precoce cu rezultate funcționale bune.

### Bibliografie selectivă

1. Georgescu N., Alexa J., Cozma T., *Ortopedie-Traumatologie*, Iași, 1996.
2. Мюлер М.Е., Алговер М., Р. Шнайдер Р., Виллинггер Х., *Руководство по внутреннему остеосинтезу* третье издание, 1996.
3. Соколов В.А., Беляк Е.И., Такиев А.Т., *Оперативное лечение переломов дистального отдела бедра у пострадавших с сочетанной и множественной травмой*// Вестник Травматологии и Ортопедии имени Н.Н.Приорова, №3, с. 3-10.
4. Соколов В.А., Бялик Е.И., *Тактика оперативного лечения закрытых переломов длинных костей конечностей у пострадавших с политравмой в раннем периоде*// Вестник Травматологии и Ортопедии имени Н.Н.Приорова, №3, стр. 10-16.
5. Анкин Л.Н., Левицкий В.Б., *Принципы стабильнофункционального остеосинтеза*, Киев, 1991.

### Rezumat

Este prezentat studiul a 310 bolnavi cu fracturi închise ale membrelor, tratați chirurgical în clinica Ortopedie și Traumatologie a CNȘPMU mun. Chișinău pe parcursul anilor 1997 –2002. Sunt argumentate strategiile managementului chirurgical al bolnavilor cu leziuni închise ale membrelor. S-au analizat rezultatele tardive ale 14 bolnavi supuși intervențiilor chirurgicale de urgență.

### Summary

The author shows a study of 310 patients with closed extremity fractures, surgically treated at the Orthopedics and Traumatology Clinic, Scientific-Practice Center Emergency Medicine, Chișinău, during 1997-2002. He motivates the strategies of the surgical management of the patients with closed extremity lesions.

The paper represents the belated results of 14 patients who were surgical operated.

## METODĂ MINIINVAZIVĂ DE INSTALARE A IMPLANTELOR DENTARE ENDOOSOASE

**Valentin Topalo<sup>1</sup>**, dr. h. în medicină, prof. univ., **Oleg Dobrovolschi<sup>2</sup>**, doctorand, Centrul Național Științifico-Practic de Medicină Urgentă<sup>1</sup>, USMF „Nicolae Testemițanu”<sup>2</sup>

La momentul actual metoda-standard de instalare a implantelor dentare endoosoase segmentate și a celor monolite prevede punerea în evidență a apofizei allveolare a maxilarelor prin crearea lam-bourilor mucoperiostale cu decolarea lor de la patul osos. După inserarea implantelor în osul maxilar,